Lane Medical Library 1869

Die Scheidenstenosen als Ursachen der Geburtsverzögerung.

Inaugural-Dissertation

welche mit Genehmigung

der

medicinischen Facultät hiesiger Universität

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

am 10. August 1869, Mittags 12 Uhr

in der Aula Leopoldina

gegen die Opponenten

Bronislaus Gałęzowski, Drd. med.

und

Anton Batkowski, Drd. med.

öffentlich vertheidigen wird

Thaddaeus Kugler

aus Posen.

Breslau.

F. W. Jungfer's Buchdruckerei.

1869.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Medizinal-Rath Professor Dr. O. Spiegelberg,

Director der gynaekologisch-geburtshilflichen Klinik
an der Universität Breslau

aus Hochachtung und Dankbarkeit

und

Seinen theuren Eltern

aus kindlicher Liebe

gewidmet

vom Verfasser.

Die Scheidenstenosen als Ursachen der Geburtsverzögerung.

Mit gütiger Erlaubniss und Unterstützung meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Medizinalrath, Professor Dr. Spiegelberg, habe ich die Scheidenstenosen, als Ursachen der Geburtsverzögerung, mit Bezug auf Aetiologie, Diagnostik, Differenzialdiagnose, Prognose und Therapie einer speziellen Betrachtung unterworfen, und zum Schlusse 2 Fälle, auf hiesiger Klinik beobachtet, beigefügt.

Ich nehme auch diese Gelegenheit wahr, dem hochgeehrten Herrn meine innigste Dankbarkeit für seine Güte und Freundlichkeit auszusprechen.

Unter den Anomalien des weiblichen Genitalapparats verdienen wohl mit Recht die Scheidenstenosen eine genauere Würdigung, als es bisher geschehen, zumal wenn dieselben als Complication zur Geburt hinzutreten. Es wird wohl zum besseren Verständnisse nöthig sein, auf die Aetiologie der Scheidenstenosen näher einzugehen. —

Vor Allem haben wir die vollkommenen Verwachsungen von den unvollkommenen, und dann die Uebergänge genau auseinanderzuhalten, ferner die angeborenen

und die erworbenen Scheidenstenosen, genau zu differenziren. Die vollkommene Verwachsung der Scheide ist ein relativ sehr seltenes Vorkommniss, welches man mit dem Namen der Atresie bezeichnet. Letztere kommt für die Geburtshülfe kaum in Betracht, denn bei ihr ist höchst selten Menstruation, nie Conception möglich. Ihr Grund ist in der Mehrzahl der Fälle in einer Entwickelungshemmung aus unbekannter Ursache zu suchen. Mich eines Näheren über diesen Punkt auszulassen, liegt nicht in der Absicht, zumal da die Atresien der Scheide in der Dissertation des Herrn Dr. Schönborn eingehend behandelt sind. Ich will nur erwähnen, dass unter den Atresien der Scheide die sogenannten hymenalen die häufigsten sind.

Auch während des extrauterinen Lebens bilden sich nicht selten Anomalien, welche wir als erworbene Scheidenatresien und -stenosen, als atrésies accidentelles, zusammenfassen.

Fragen wir uns nun nach den Ursachen, welche diesen Anomalien im Allgemeinen zu Grunde liegen, so ist für die angeborene Scheidenstenose stets ein hemmendes Agens während des foetalen Entwickelungsganges anzunehmen; für die extrauterine, während des Lebens erworbene, lassen sich jedoch die verschiedensten ursächlichen Momente, als Veranlassung, anführen.

Was zunächst die angeborenen Missbildungen der vagina anbetrifft, so sind hier Fälle verzeichnet, bei denen die vagina eine Theilung, sei es der Länge, oder der Quere nach erfährt. Die Längsscheidung durch eine mehr

oder weniger vollständige Scheidewand erklärt sich aus der unterbliebenen Verschmelzung des unteren Theiles der Müllerschen Gänge. Dieser Formfehler kann einen um so höheren Grad von Verengerung der vagina herbeiführen, je vollständiger die Scheidewand ist, und je ausgesprochener eine wahre Theilung in 2 Hälften besteht. Günstiger gestaltet er sich, wenn die eine Hälfte der Scheide überwiegend weit ist, und allein fungirt, während die andere nur rudimentär angedeutet ist.

Die queren Theilungen der vagina durch Membranen oder Stränge kommen nach Scanzoni ebenfalls als Bildungshemmungen vor. — Ich kann bei der Betrachtung der angeborenen Scheidenstenosen die Bildungsanomalien anderer, eigentlich zur Scheide nicht gehörender Theile der weiblichen Geschlechtsorgane, nicht unerwähnt lassen, und bemerke, dass ein sehr straffes, fast knorpelhartes Hymen, das bei der Begattung seiner Festigkeit wegen unzerstört geblieben war, gleichfalls zur Stenosirung der Scheide beitragen kann.

Ferner kann ein abnorm grosses Frenulum, wie solches einmal von Busch gesehen und abgebildet wurde, eine theilweise Verschliessung des Scheideneinganges bewirken.

Zu den Ursachen der angeborenen Scheidenstenosen könnte man noch die äusserst seltenen angeborenen Geschwülste der vagina rechnen, da dieselben durch ihre Lage in der Scheide das Lumen der letzteren verengern.

So hat einen Fall von einer angeborenen Geschwulst bei einem reifen, intrauterin abgestorbenen Foetus, Fleischmann in seiner dissertatio de vitiis congenitis circa tho-

racem et abdomen beschrieben; dieselbe stellte einen Vorfall der hinteren Scheidenwand dar. —

Zu den während des Lebens erworbenen Scheidenstenosen können, wie ich bereits erwähnt habe, die verschiedenartigsten Ursachen Veranlassung geben. Am häufigsten entstehen dieselben, wenn bei schweren Geburten, sei es durch Quetschung, oder Zerreissung der betreffenden Theile der vagina oder des benachbarten Gewebes, Narbenschrumpfung eintritt. So können auch die acuten Infectionskrankheiten, wie Scharlach, Masern, Pocken, die Diphteritis, die Syphilis, seltener der Tripper, durch Verschwärungen, die sie in die vagina setzen, ausgedehnte Verwachsungen derselben verursachen. Es liegen mir 3 Beobachtungen von Cholera, 4 von Typhus vor, wo Mortificationen der Vaginalschleimhaut ein gleiches Resultat herbeiführten. Der Herr Dr. Fränkel theilte mir gütigst einen Fall von fast absoluter Scheidenstenose mit, die Herr Medizinalrath Spiegelberg bei einem 11jährigen Mädchen in Folge einer acuten Dyskrasie beobachtet hat. Vielfach werden auch zu häufige und zu stark reizende kaustische Injectionen beschuldigt, sowie auch die von Desgranges empfohlenen absichtlichen Verletzungen der vagina mittelst kleiner Pinzetten behufs Radicalheilung der Scheidenvorfälle. Auch fremde Körper, sei es, dass dieselben zufällig, oder absichtlich in die Scheide eingeführt wurden, können eine heftige Entzündung mit nachfolgender Stenosirung bewirken. So führt Paulli 2 Fälle von Verengerung der vagina an, die durch Einlegen von Mutterkränzen hervorgebracht wurde.

Von grossem Einflusse auf die Weite und Durchgängigkeit des Kanals der vagina sind ferner die polypösen, carcinomatösen, die Balg- und die Blutgeschwülste. So verdanke ich es der grossen Güte des Herrn Prof. Waldeyer, eine fast vollständige Occlusion des Scheideneingangs durch ein epithelioma fibrosum beobachtet zu haben. Auch Scheidenvorfälle, wenn dieselben durch die Schwangerschaft nicht verschwunden sind, können unter Umständen die Geburt ebenfalls verzögern. Unter den Scheidenbrüchen ist es am häufigsten die enterocele und cystocele vaginalis, durch welche die vagina bei der Geburt bisweilen vollständig ausgefüllt werden kann. Ebenso können die mannigfaltigsten Krankheiten der Nachbarorgane, so die pelviperitonitis, die parametritis mit secundären Adhäsionen, dann die Ovarien durch ihre krankhafte Vergrösserung und Lageveränderung, Exostosen, die Intumescenzen des rectums, sei es, dass dieselben durch Geschwulstbildung hervorgebracht sind, oder durch Anhäufung mit verhärteten Fäkalmassen, die Ausdehnung der Blase durch Harn, enorme Blasensteine einen grösseren oder geringeren Einfluss auf Stenosirung der Scheide ausüben.

Diagnose.

Um zu einer genauen Diagnose der Scheidenstenosen zu gelangen, bedarf es stets der inneren Untersuchung; denn in der Mehrzahl der Fälle, namentlich in geringeren Graden können die Stenosen der Patientin sowohl, wie dem Arzte völlig verborgen bleiben, und oft ist es erst bei den höheren Graden von Verengerungen die Zeit der Menstruation, die die erste Veranlassung zur Erkennung des Leidens giebt. Die Kranken klagen dann während der jedesmaligen Periode Anfangs nur über geringe, mit der Zeit jedoch immer mehr zunehmende Beschwerden; auch hält es nicht schwer, eine Vergrösserung der Gebärmutter nachzuweisen. Das eben Gesagte gilt meist für die angeborenen Stenosen, auf die man auch in späteren Jahren der Patientin geführt wird durch Klagen über sehr schmerzhaften Coitus. Bei den erworbenen Stenosen, mögen sie aus welcher Ursache auch immer entstanden sein, im Wochenbett, nach einer Operation u. s. w., sind ebenfalls die Störungen zu Anfang nur unbedeutend, die ferneren Beschwerden jedoch von einer grösseren Tragweite. Abgesehen von den subjectiven Empfindungen der Unbehaglichkeit, des Gefühls von Schwere im Becken, der nach allen Richtungen ausstrahlenden Schmerzen, nehmen die Symptome gradatim an Intensität zu, bis schliesslich bei der Geburt dem Arzte und der Patientin leicht Verlegenheiten bereitet werden können. Dass mit dem untersuchenden Finger eine jede Stenose leicht zu diagnosticiren ist, unterliegt keinem Zweifel; die

abnorm kurze Scheide, die Enge des Kanals, die Narbenstränge, wo sie vorhanden, lassen mit Bestimmtheit den pathologischen Zustand der vagina vom normalen unterscheiden. In manchen Fällen verbindet man auch noch damit die Untersuchung per rectum. Am günstigsten stellt sich die Stenose der Scheide, die durch ein straffes Hymen veranlasst wird, in Bezug auf Diagnose und Prognose. Die Diagnose nämlich kann einem sorgsamen Beobachter kaum zweifelhaft sein. Die Indication zum Handeln wird sich auch von selbst ergeben. Eine differentielle Diagnose ist kaum nöthig, da bei einer genauen Untersuchung z. B. die quergespannten Membranen der Scheide bei der Geburt wohl schwerlich mit den Eihäuten verwechselt werden könnten.

Prognose.

Die Prognose ist eine mannichfache und richtet sich je nach dem Grade und der Art der Stenosirung. In dieser Hinsicht nun werden leichtere Fälle, dehnbare Narben wohl kaum ein Geburtshinderniss darbieten, da ja der andrängende Kindestheil, um mich so auszudrücken, das therapeutische Element zur Beseitigung der Stenose abgiebt, indem durch das allmählige Vordringen desselben eine mechanische Dilatation bewirkt wird. Hierher gehören die angeborenen flächenförmigen Stenosen, die meist eine grössere Dehnbarkeit zulassen, als die acquirirten. Sind aber die Stränge derb, fest und bandartig, sind sie wenig dehnbar, nehmen sie an der Auflockerung des übrigen Gewebes der Scheide nicht Theil, so können unbesiegbare

Hindernisse bei der Geburt entstehen, die dem Arzte grosse Mühe, der Patientin oft das Leben kosten. Ich will hier auch gleich erwähnen, dass in solchen Fällen, wo die Diagnose vor dem drohenden Ende der Schwangerschaft gestellt werden konnte, von einigen Autoren die Einleitung der künstlichen Frühgeburt, ja des Aborts empfohlen wurde. Viel schlimmer noch stellt sich die Prognose, wenn die Narbenstränge nicht allein die Scheide durchziehen, sondern auch das collum uteri fixiren. Eine furchtbare Uebermüdung der Kranken, eine unfruchtbare Wehenthätigkeit, die heftigsten Schmerzen, die enorm lange Dauer der Geburt können diese Complication zu einer traurigen machen. Kaum ist man im Stande, alle die Zufälle aufzuzeichnen, die eingetreten sind und eintreten können. Dass das kindliche Leben dabei in grosser Gefahr schwebt, ergiebt sich leicht aus der vorangegangenen Schilderung. Man hat beobachtet, dass der Kopf des Kindes durch das Rectum geboren wurde, eine Zerreissung der Scheide in den verschiedenartigsten Richtungen war das Resultat. Zerreissungen des unteren Uterinsegments, complete und incomplete, hat man ebenfalls beobachtet. — Eine nicht minder grosse Gefahr bieten die Blutcoagula, welche entstanden sind durch den theilweise gehinderten Abfluss, sei es des menstruellen, oder des Blutes, das während der Schwangerschaft oder zur Zeit der Geburt, wie es manchmal vorkommt, abfliessen sollte. Man hat dann Gelegenheit, die Septichaemie in allen ihren Folgen zu beobachten. Diejenigen Stenosen, die bedingt sind durch sehr grosse Geschwülste, führen fast stets, beim Geburtsact sich selbst

überlassen, zum lethalen Ausgange. Das dürften wohl auch diejenigen Fälle sein, die das grösste Contingent stellen, nächst dem engen Becken, zur Ausführung des Kaiserschnittes. Die hymenalen Stenosen in Bezug auf ihre Prognose haben wir bereits oben erwähnt. Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass syphilitische Narben noch eine bessere Prognose bieten, als die durch diphteritis im Wochenbette entstandenen, da letztere gewöhnlich eine tiefere Zerstörung der Gewebe hinterlassen.

Therapie.

Es hält sehr schwer, ein bestimmtes Schema zur Behandlung der Stenosen, als Complication der Geburt, aufzustellen. Im Allgemeinen kann man sagen, dass jeder einzelne Fall je nach dem Befunde, je nach der Zeit, in der man einschreiten soll, ein ganz verschiedenes therapeutisches Handeln erheischt.

Gehen wir zunächst auf die leichteren Fälle ein, in denen nur eine geringe Verengerung der Scheide, eine dehnbare Narbenbildung der Beobachtung entgegentritt, so wird es wohl am gerathesten sein, schwere Eingriffe zu unterlassen, und der Natur die Selbstheilung zu überlassen. In anderen Fällen wird man leichtere Mittel in Anwendung bringen, die auf eine grössere Dehnbarkeit der Narbenstränge hinzielen, z. B. schleimige oder ölige Benetzungen, warme Douchen, Erweiterung der Scheide durch mit warmem Wasser ausgefüllte Kautschukblase. Schafft man damit keine Erleichterung, so führen vielleicht die laminaria, besser der Pressschwamm zum er-

wünschten Ziele. Am allermeisten jedoch verdient die Zeit des Handelns Berücksichtigung, da ein zu spätes Eingreifen ebenso schaden kann, als ein zu frühes; es ist nur zu bedauern, dass sich hierfür keine bestimmten Regeln anführen lassen, sondern, dass die Wahl des Augenblickes von dem jedesmaligen Ermessen des Arztes nach wissenschaftlichen Grundsätzen abhängt. Die schweren und die schwersten Fälle bedürfen in der Mehrzahl der blutigen Erweiterung. Man dilatirt mit dem Messer nach der Seite hin, wo das grösste Hinderniss besteht; denn unterlässt man dieses, so wird durch den vorgetriebenen Kindestheil das Narbengewebe gequetscht und zermalmt, eine Verletzung hervorgebracht, die leicht zur diffusen Parametritis führen kann. Die grösste Vorsicht ist allerdings hierbei zu gebrauchen, um Verletzungen wichtiger benachbarter Organe, so z. B. des Peritonäalsackes, der Blase zu verhüten. Es würde sich dann empfehlen, lieber mehre seichte, als zu grosse und zu tiefe Einschnitte zu machen. Die membranartigen Verengerungen der vagina trennt man am besten mit dem geknöpften Bistouri, und kann man die abgelösten Partieen mittelst der Scheere abtragen. Weit grössere Schwierigkeiten bedingen im Geburtsact diejenigen Stenosen, deren Ursachen in grossen Geschwülsten zu suchen ist. Diese stellen zumeist ein unbesiegbares Hinderniss dar, sei es, dass sie von der vagina selbst, oder von den Nachbarorganen ausgehen. In vielen Fällen kann dann der Kaiserschnitt nothwendig werden; jedoch hat man sich vom Erfolge nicht viel zu versprechen, weil ja überhaupt die Statistik des Kaiser-

schnittes kein befriedigendes Resultat ergiebt. Dass ferner die verschiedensten geburtshülflichen Operationen bei Stenosirungen der Scheide in Anwendung kommen können, unterliegt keinem Zweifel, da man hoffen kann, dass in einzelnen Fällen vielleicht durch Lageveränderungen der Frucht, durch Kephalotripsie, durch Embryotomie u. s. w. das grosse Hinderniss bewältigt werden könnte. Jedenfalls kann man sagen, dass eine Stenose der Scheide unter Umständen eine der schwersten Complicationen bei der Geburt darbieten kann.

Es sei mir jetzt gestattet zum Schlusse 2 Fälle von Stenosen der Scheide, als Complication bei Geburt, in ihrem genauen Sachverhalte und im Verlaufe zu schildern.

Erster Fall.

Johanne Neumann, Arbeiterfrau, 39 Jahre alt, suchte, da die Geburtsdauer eine zu lange, und die Kraftanstrengung eine zu grosse war, im Mai dieses Jahres die Hülfe der Klinik nach. Die Anamnese ergab, dass eine syphilitische vaginitis bei ihr vorhergegangen war, auf welche der Verdacht auch schon dadurch gelenkt wurde, dass sie selbst eingestand, in letzterer Zeit an einem rahmigeitrigen Ausflusse gelitten zu haben. Die Infection fand erst nach der letzten Entbindung statt, die im Jahre 66 vor sich gegangen war. Vorher hat die Person 3mal, und zwar immer normal entbunden. Behandelt wurde Patientin zuerst in der gynaekologischen, später in der chirurgischen Klinik. Sie kam darauf nach ihrer Entlassung öfter mit der Klage, dass sich beim Coitus Schmerzen, manchmal auch Blutungen einstellten. Die Untersuchung ergab eine narbige Stenose des Scheidengrundes mit gleichzeitiger narbiger Verengerung des Muttermundes. Die Beobachtung des Geburtsverlaufes ergab Folgendes:

Wehenbeginn den 30. 4. 4½ Nachm. Die Uteruscontractionen nahmen allmählig an Intensität zu, und

wurden bis 10 Uhr früh den 1. 5. sehr stark, schmerzhaft und schnell aufeinander folgend. Der Befund in der Wehenpause lautete: Rücken und Foetalpuls rechts, Kopf unten; der uterus war nach vorn überbeugt, so dass der Fundus eine Art von Spitzbauch bildete. Die äusseren Genitalien waren oedematös geschwellt, am Scheideneingange bemerkte man zahlreiche condylomatöse Wucherungen. Bei innerer Untersuchung zeigte sich der Muttermund sehr nach hinten gezerrt, 2groschengross erweitert. Von seinem fast papierdünnen, scharfen Rande gingen in radiärer Richtung feste Narbenstränge flächenartig nach allen Seiten der vagina ab, welch' letztere selbst an ihrem oberen Theile ein weit geringeres Lumen hatte, als am unteren. Die sehr kräftigen Wehen hatten mittlerweile den Kopf tief in den Beckeneingang gepresst, zeigten sich aber doch von geringem Einflusse auf Erweiterung des Muttermundes. Der Wasserabgang erfolgte an demselben Tage früh 11 Uhr. Es wurden jetzt behufs Lockerung der Geburtswege heisse Dämpfe in die vagina eingeleitet, der Kreissenden empfohlen etwas umherzugehen. Da aber auch dieses wenig half, und die Patientin über grosse Schmerzen klagte, überdies sehr erregt war, wurde ihr Morphium verordnet. Den 2. 5. 1 Uhr Nachts zeigte der Befund wenig Aenderung; der Muttermund war nicht weiter geworden, die Rigidität nicht gewichen; auch liessen jetzt die Wehen etwas nach, der Foetalpuls betrug 144. Da nun als das alleinige Hinderniss für die völlige Erweiterung des Muttermundes und den Geburtsfortschritt die Narbenstränge erkannt

wurden, die hauptsächlich nach hinten links und vorn rechts in den durch Narbengewebe ebenfalls verengten Scheidengrund sich festsetzten, so wurden dieselben mit dem geknöpften Pott'schen Bistouri getrennt. Nach ziemlich seichten Schnitten liess sich das Narbengewebe mit den Fingern ausgiebig trennen.

2 Uhr Nachts. Der Muttermund zeigte sich nun nach dieser Operation thalergross erweitert; die Wehen wurden jetzt aber spärlicher; es wurde in Pulverform Ipecacuanha, Natron bicarbonicum und pulvis Cinnamonico verordnet.

9 Uhr Morg. Da die Blutung aus den discidirten Stellen nicht stand, wurde die Tamponade gemacht, welche nicht nur die Blutung stillen, sondern auch die Wehenthätigkeit heben sollte. Das Befinden der Mutter war ein gutes, der Foetalpuls 120.

11 ½ Uhr Vormittags. Die Blutung war zwar gehoben, jedoch war der Muttermund noch sehr wenig über Thalergrösse erweitert, eben so wurden die Wehen jetzt wieder seltener. Die Therapie bestand in subcutaner Injection von ½ Ctgrm. Morphium, und in der Tamponade der Scheide mit Watte und Oel. Es wurde beschlossen, bis 4 Uhr Nachmittags zu warten, und dann eventuell zu perforiren und die Extraction darauf folgen zu lassen.

12 ½ Uhr Mitt. Die Wehen wurden jetzt wieder kräftiger, und in Folge dessen erweiterte sich auch der Muttermund plötzlich; es erfolgte die spontane Geburt eines lebenden kräftigen Knaben in 2. Schädellage; 5 Minuten später folgte die Placenta ebenfalls spontan. Der Uterus zeigte sich darauf gut contrahirt.

3 Uhr Nachm. Gegen die aus den discidirten Stellen jetzt wieder heftiger erfolgte Blutung wurde die Tamponade mit liquor ferri sesquichlorati angewandt. Der Schwäche der Wöchnerin wurde durch schwarzen Kaffe mit Rum und durch liquor ammonii anisati entgegen getreten.

Den 3. 5. Der Uterus war gut contrahirt, die Parametrien frei von Exsudat, die Lochien normal, der Puls 96.

Von jetzt ab war der Verlauf des Wochenbettes ein normaler.

Zweiter Fall.

Eine schlimmere Wendung nahm der Fall einer drittschwangeren Person, bei welcher wegen Beckenenge die Einleitung der Frühgeburt beschlossen wurde. Auch hier trat Stenose des Scheidengrundes, mit welcher narbige Zerstörung der portio vaginalis uteri verbunden war, als Complication auf. Die Anamnese bei dieser Person ergab, dass sie vor 7 Jahren schwer und mit Hülfe der Zange von einem todten Kinde entbunden wurde. Darauf hätte sie 6 Wochen im Bette zubringen müssen, und hätte später längere Zeit an einer Parese des linken Schenkels gelitten. Vor 3 Jahren kam sie in der 30ten Woche angeblich nieder, das Kind aus dieser Geburt starb nach 5 Wochen. Die äussere Besichtigung dieser Person zeigte an den unteren Extremitäten Zeichen früher vorhandener Rhachitis (die Oberschenkel waren mit der Convexität nach Aussen gebogen, die Unterschenkel nach Innen). Die Beckenmasse waren folgende: spin. il. = 19 Ctmtr., crist. il. = 21,5 Ctmtr., conj. ext. = 17,7 Ctmtr., conj. diag. = 9,5 Ctmtr., conj. vera = 7,7 Ctmtr.; mithin war das Becken ein allgemein, vorzugsweise jedoch in der Conj. verengtes. Die innere Untersuchung ergab ein

hochstehendes Promontorium, eine sehr steile vordere Beckenwand. Ferner wurde ein fast vollständiger Mangel der portio vaginalis constatirt; der Rest des cervix war von Narbensträngen im Scheidengrunde umgeben, der Scheidengrund selbst sehr eng, und trichterförmig nach oben gezogen.

Befund am 18. Februar 1868. Der Bauchumfang betrug 94 Ctmtr., die Uteruserhebung 36 Ctmtr.; es wurde die erste Schädellage diagnosticirt (einige Tage vorher war 1. Steisslage gefunden). Der Foetalpuls war deutlich zu hören. Die Person konnte muthmasslich in der 32ten Schwangerschaftswoche sein. Die Operation behufs Erregung der Frühgeburt fand am 19. Februar 9 Uhr früh statt, und zwar nach der Tarnierschen Methode. Um 12 Uhr früh traten deutliche, lang anhaltende, wenn auch seltene Wehen ein; um 4 Uhr Nachmittags war die Geburt in vollem Gange; die Wehenthätigkeit war eine durchaus gute. Obwohl der fühlbare Theil des cervix sich locker anfühlte, war dennoch der Muttermund durchaus nicht weiter geworden. Am 20. Morgens 8 Uhr fand man den Scheidengrund, besonders in der linken Seite stark nach unten gedrängt; die narbigen Stränge lockerten sich etwas auf, mithin war die Stenose geringer geworden; das orificium uteri externum blieb aber ziemlich unverändert. Nachdem jetzt der dilator entleert, darauf entfernt wurde, fand man die Blase prall gespannt, den Kopf auf dem linken Darmbeine; der Foetalpuls betrug 144. Nun wurde der dilator wieder angelegt, und bis zum Umfange eines mittelgrossen Apfels gedehnt. Um

2 Uhr Nachmittags hatte sich der Hahn des Schlauches zufällig geöffnet, und das Wasser floss aus; in Folge davon sank die Wehenthätigkeit sofort; die Blase musste daher sogleich wieder gefüllt werden. Am Abend um die 10. Stunde fand man den Muttermund, sowie die Stenose unverändert; die Scheide war heiss anzufühlen, und es floss jetzt ein übelriechendes Secret ab. Mit Rücksicht darauf wurde der dilator ganz entfernt, und man beschloss die narbige Stenose, die das Hinderniss für die Geburt abgab, zu heben. In der Nacht um 3 Uhr ging das Fruchtwasser ab; und am 21. Morgens 9 Uhr fand man den uterus in fester Contraction, seinen unteren Abschnitt durch den auf den Beckeneingang stehenden Kopf sehr gedehnt und gespannt, den narbigen Muttermund nicht viel weiter, als vor 24 Stunden. Der Ausfluss wurde jetzt ein sehr übelriechender; der Foetalpuls betrug 120. Unter diesen Umständen wurde der Rand des Muttermundes und die membranöse Stenose mit einem geknöpften Bistouri nach rechts hin, und zwar durch 2 divergirende, ziemlich weitgehende Schnitte durchtrennt; nach der linken Seite zu, an welcher die Muttermundsöffnung narbig verzogen, und der Scheide- und Beckenwand adhärent sich zeigte, wurde nur ein seichter Schnitt gemacht. Der Erfolg dieser Operation blieb nicht aus, und es war um 2 Uhr Nachmittags die Oeffnung bereits 2 thalergross, ihre Ränder locker und nur nach hinten zu etwas gespannt. Die Untersuchung ergab jetzt, dass der Kopf mit dem Hinterscheitel fest im Eingange stand, und zwar die kleine Fontanelle dicht neben dem Promontorium an

dessen linker Seite. Die Wehen waren kräftiger, der Foetalpuls 120. Die Untersuchung um 4 Uhr ergab, dass der Muttermund bis auf den hinteren Saum fast ganz verschwunden war; der Kopf hatte dieselbe Stellung. Es wurde nun der Kreissenden eine kauernde Stellung angerathen, in welcher auch der Kopf unter einer starken Wehe auf den Beckenboden glitt, und rasch geboren wurde. Das Kind wog 4 Pfd. 9 Loth, der Kopfumfang betrug 32 Ctmtr.; der Schädel war nach dem Hinterkopfe zu stark verlängert, das linke Scheitelbein abgeflacht. Das Neugeborene ging am 22. zu Grunde; die Entbundene, die schon intra partum 2 Schüttelfröste mit nachfolgender Hitze und Schweiss bekommen hatte, erkrankte darauf schwer, und starb am 10. Tage, wie die Section ergab, an Diphterie der Placontarstelle, Phlebitis und Lymphangoitis uterina und parauterina, Peritonitis diffusa, Pneumonie und Hirnoedem. Die Incisionen im Cervicaltheile und Scheidenansatze zeigten sich in Granulation begriffen, das umgebende Zellgewebe war frei. Die Messung des Beckens an der Leiche ergab für die conj. diag. 9 Ctmtr., für die conj. vera 7,7 Ctmtr.

Lebenslauf.

Der Verfasser, katholischer Confession, wurde am 23. August 1843 zu Gnesen, im Grossherzogthume Posen, geboren, besuchte zu Posen das königliche Friedrich-Wilhelms-Gymnasium bis Obersecunda, ging darauf auf das königliche Maria-Magdalenen-Gymnasium über, und wurde von letzterem am 13. September 1864 mit dem Zeugnisse der Reife entlassen. Den 19. October desselben Jahres bei der medizinischen Fakultät der Universität Breslau immatriculirt, hielt er sich die ganze Zeit über bis jetzt hier auf. Im Jahre 1866 erlitt sein Studium durch einen fast 2monatlichen Militärdienst eine nur unbedeutende Störung. Während der Zeit seines Aufenthaltes hierselbst hörte er die Vorlesungen, und be-

suchte die praktisch-medizinischen Uebungen folgender Herrn Professoren und Privatdocenten: Barkow, Cohn, Fischer, Förster, Grosser, Haeser, Heidenhain, Lebert, Loewig, Marbach, Middeldorpf, Spiegelberg, Voltolini, Waldeyer, Wyss.

Allen diesen Herrn spricht er seine innigste Dankbarkeit und seine tiefste Verehrung aus.

Thesen.

1) Die Exstirpation der Nasen-Rachen-Polypen geschieht am besten mittelst der galvanokaustischen Schneide-Schlinge.
2) Die Schwangerschaft ist in den ersten 3—4 Monaten nie mit absoluter Bestimmtheit zu diagnosticiren.
3) Die beste Behandlung der schweren und der schwersten Fälle von Syphilis besteht in einer Verbindung der Inunctionskur mit dem innerlichen Gebrauche des Jodkalium.